



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
הצהרת אומן
התובע דמי אבטלה

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות / דרכון									
סוג		המסמך		דפים					
0	3								

1

פרטי התובע

שם פרטי				שם משפחה			
מספר זהות ס"ב							
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה		דירה	
טלפון קווי		טלפון נייד				דואר אלקטרוני	
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS							

2

הצהרת התובע

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי הפסקתי לעבוד בתאריך _____ מהסיבה:

סיום הפסקת עבודה מהסיבה _____

הפסקה זמנית של הופעות, ואני מתכוון לחזור לעבוד בתאריך _____

תאריך _____ חתימת התובע * _____

לידיעתך

מסירת פרטים שאינם נכונים בהצהרה זו, עלולים לגרום לשלילת הזכאות לדמי אבטלה, ואף לבחינה, אם בניסבות העניין נעברה עבירה פלילית.

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד